

産婦さんへ：指定医療機関以外で産婦健診を受ける際に、提出してください。指定医療機関で受ける場合は不要です。

## 【八代市指定医療機関以外の産科医療機関の方へ】

### 八代市産婦健診について(協力依頼)

八代市長

日頃より本市の母子保健事業にご協力を賜り、感謝申し上げます。

さて、当市では「八代市産婦健康診査(産婦健診)」を実施しています。里帰り出産などで、指定医療機関(八代市内産科医療機関等)以外で産婦健診を受けられた場合は、一旦費用をお支払い後、八代市産婦健康診査費助成申請書にて払い戻しの申請をしていただきます。手続きには、八代市産婦健康診査費助成申請書に医療機関様の記載と証明が必要です。また、支払った費用がわかる領収書等の添付も必要です。産婦健診の内容は次のとおりです。お手数ですがご協力をお願いします。

なお、貴院で産後21日以内の産婦健診を実施されない場合は、その旨産婦さんにお伝えください。

【対象者】対象者は次の全てに当てはまるもの

- ・ 産後21日以内のもの。
- ・ 八代市が発行した八代市産婦健康診査受診票の交付を受けているもの。
- ・ 受診日において八代市に住所を有するもの。
- ・ 産婦健診の受診日において入院中でないもの。

【内容】 次の内容を含むこと。

- ア 問診(生活環境、授乳に関する困りごと、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴等)  
イ 診察(子宮復古状況、悪露、乳房の状態等) ウ 体重・血圧測定 エ 尿検査(蛋白・糖)  
オ エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS) カ 保健指導

【母子健康手帳の活用】 産婦健診結果を母子健康手帳(15あるいは17ページ)に記載してください。

【実施回数】 1人につき1回

【助成額】 上限5,000円  
健診の自己負担金(保険診療の自己負担金を除く。)と  
上限額を比較し少ない額。

【その他】

産婦健診の結果、支援が必要な産婦が発見された場合、当該産婦の健診結果及び支援が必要な状況につきまして当市健康推進課へご連絡下さい。その際の連絡票の様式は問いません。

なお、連絡票を用いてご連絡いただく際に、対象者本人の同意がある場合は診療報酬として診療情報提供料を算定することが可能です。ご連絡いただいた場合、八代市は、健診結果及び連絡票の内容等を踏まえ支援を行い対応結果につきまして報告させていただきます。

八代市産婦健康診査費助成申請書の医療機関記入欄の記載については裏面をご確認ください。  
ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

問合せ先	八代市健康福祉部健康推進課
	〒866-8601 熊本県八代市松江城町1-25
	電話 0965-33-5116

指定医療機関以外にて受診される方用 指定医療機関で産婦健診を受ける場合、この用紙は不要です。

# 八代市産婦健康診査費助成申請書

※太枠内を記入の上、提出してください。注意:申請者と口座名義人は同じにしてください

産婦本人が持参する申請書の  
医療機関記入欄の記載を  
お願いします。

この部分の記載を  
お願いします。

健診受診日と産後何日目かを記載して  
ください。  
出産後21日以内に外来で受ける産婦  
健診が対象です。  
入院中の場合は対象となりません。

健診の自己負担額を記載してください。  
(保険診療の自己負担金を除く。)

それぞれの項目について、「実施」か  
「未実施」かのどちらかにチェックし  
てください。  
各項目については、本人が持参する  
八代市産婦健診受診票と母子健康手帳  
15あるいは17ページに診察結果や  
EPDSの値などを記載してください。

この申請に関して八代市にお知らせいた  
だきたいことがあれば記載ください。

この部分は必ず記載してください。  
医療機関代表者の押印をお願いします。

八代市長 宛 申請日 年 月 日 産

下記のとおりに申請します。 〒

申請者 住所 八代市  
氏名  
電話番号 ( - - )

振込口座  
銀行・農協 本店・支店 普通・当座 口座番号  
信金・信組 本所・支所 貯蓄・別段  
労働金 労金

口座名義人 (カタカナで30字まで)

母子健康手帳番号 号

産婦氏名 生年月日 昭和 平成 年 月

出産日 令和 年 月 日 注意:記載ミスがあった場合は訂正印が必要

受診日 令和 年 月 日 産後第 日目

出産後2週間頃(産後21日以内)に受けた産婦  
入院中の検査などは対象外です。  
産婦健診の結果は母子手帳と受診票に記載

※医療機関記入欄	ア 問診(生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患既往歴、服薬歴等)	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	イ 診察(子宮復古状況、悪露、乳房の状態等)	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	ウ 体重・血圧測定	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	エ 尿検査(蛋白・糖)	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	オ エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	カ 保健指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	産婦健診 自己負担額	特記事項	
	円		

上記の自己負担金を領収したことを証明します。

医療機関の  
住所及び名称

印

☆ 産婦健康診査に要した費用の自己負担金分を払い戻します。  
☆ ただし、公費負担額(5,000円)を上限とします。

八代市記入欄	市助成額	円
	受付番号	

**注意事項**

- ※医療機関記入欄は必ず記載してもらっていただく医療機関の住所及び名称と医療機関の印は必須
- 申請に必要なもの:母子健康手帳、領収書・明細印鑑(シャチハタ不可)通帳(振込先)、妊婦健康診査受診票
- 出産後1年以内に申請してください。(配偶者等代理の方でも申請できます。)

医療機関様へ 不明な点は電話でお問い合わせください  
熊本県八代市健康推進課 電話 0965-33-5116 健康推進課 確認欄

☆ 提出先 : 八代市健康推進課(市役所2階、もしくは鏡保健センター)  入力  通知作成  相手方登録